

大津市一般不妊治療費助成金交付申請書

訂正箇所には二重線の上、  
訂正印(申請者欄に使用押印した印鑑)をお願いします。

申請者 〇〇年 〇〇月 〇〇日  
〒520-0047 〇〇四丁目1番1号  
大津 花子 (大津印)  
電話 077-528-2748  
日中の連絡先(携帯) 090-0000-5678

申請期限は、令和3年1月29日(金)まで  
(郵送の場合、当日消印有効)  
令和2年1月1日~令和3年12月31日の間の治療が助成対象です。

大津市一般不妊治療費助成交付要綱第5条第1項の規定に基づき、大津市一般不妊治療費助成金の交付について次のとおり申請し、及び請求します。

対象者	夫	氏名 大津 太郎	生年月日 昭和 55 年 1 月 1 日
	妻	大津 花子	昭和 60 年 2 月 2 日
住所	(単身赴任等で夫と妻が異なる場所に) 夫婦が同一世帯でなく、本籍が大津市以外の方は、法律上婚姻していることを証明できる書類もご提出ください。 ※上記の住所地の市町村において同様の助成を受ける場合は、本市から助成金の交付を受けることができません。		
院外処方の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有り → 【薬局の証明書(様式第2号)を <input type="checkbox"/> 提出する <input checked="" type="checkbox"/> 提出しない】 <input type="checkbox"/> 無し		
過去に大津市一般不妊治療費の助成を受けたことがありますか。	<input checked="" type="checkbox"/> ない ・ ある → 前回の申請( 年 月 )		
口座振込先金融機関	金融機関名	大津 銀行・信金・農協	支店名 市役所 本店・支店・出張所・代理店
	預金種別	口座番号	口座名義人
	普通・当座	1234567	フリガナ 名 オオツ ハナコ 大津 花子

注意：訂正箇所には全て訂正印(申請者欄に押印) 振込先の口座は、申請者の口座をご使用ください

\*裏面を必ずお読 どちらかを○で 困んでください

私たちは、大津市一般不妊治療費助成金の交付要件の確認のため、大津市長が次に掲げる調査等を行うことについて同意します。

- 住民基本台帳及び市税等に関する公簿を閲覧し、調査し、又は他の市町村に照会すること。
- 他の市町村に対して本申請に係る不妊治療に対する助成金の交付の有無について照会すること。
- 不妊治療を行う医療機関に対し、本申請に係る不妊治療の内容について照会すること。

氏名 夫 大津 太郎 (大津印)  
妻 大津 花子 (大津印)

(印鑑は申請者欄に押印したものと同一をお願いします。)

大津市処理欄

加入医療保険	夫 市国保・その他保険 妻 市国保・その他保険	申請受付場所	大津市保健所健康推進課・郵送 和邇・堅田・比叡・中・膳所・南・瀬田
書類確認欄	<input type="checkbox"/> 住基確認 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 婚姻関係を証する書類(夫婦が同一世帯でない場合) <input type="checkbox"/> 受診等証明書(様式第2号)		<申請受付日>
単身赴任者等確認欄	<input type="checkbox"/> 本籍地(大津市・大津市以外) 記入不要 本籍地が大津市以外の場合は、戸		
年度助成額	助成期間 金額	治療中断 あり・なし	
年度助成額	か月 円	「あり」の場合の中断期間	
年度助成額	か月 円	年 月 日 ~ 年 月 日	
年度助成額	か月 円	年 月 日 ~ 年 月 日	
経費所要額	金 円	市交付決定金額	金 円